

*Margrete Gaski og Birgit Abelsen. Senjalegen. En evaluering. Rapport. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. 2015.*

## **Sammendrag**

Denne studien er en evaluering av Senjalegen som forklarer etableringen og utviklingen av modellen, peker på resultatene av Senjalegen og svarer på spørsmålet om hvorvidt Senjalegen er en samfunnsøkonomisk lønnsom modell.

Begrepet Senjalegen brukes offisielt om hele legetjenesten i de fire kommunene Lenvik, Torsken, Berg og Tranøy. Den delen av Senjalegen som her er evaluert, er imidlertid den delen som er opprettet for å betjene Torsken, Berg og Tranøy. Denne delen er materialisert med et hovedkontor på Silsand i Lenvik kommune og fire utekontor i Gryllefjord og Sifjord (Torsken kommune), på Skaland (Berg kommune) og på Stonglandseidet (Tranøy kommune).

## **Evaluering basert på ulike datakilder**

Evalueringen bygger på data som er samlet inn gjennom fire studier; en dokumentstudie, en intervjuundersøkelse blant sentrale interessenter, en spørreundersøkelse blant pasienter ved Senjalegen og en samfunnsøkonomisk kostnadsanalyse.

## **Før Senjalegen**

Før etableringen av Senjalegen, var det store utfordringer med å bemanne legetjenesten spesielt i Torsken og Berg, men også etter hvert i Tranøy. De tre små kommunene organiserte hver for seg sin egen allmennlegetjeneste på dagtid og samarbeidet på ulikt vis om legevakt. De samfunnsmedisinske oppgavene ble dårlig ivaretatt. I mangel av faste leger, ble vikarstafetter løsningen. De var kostbare og hadde uheldige konsekvenser både for pasienter og hjelpepersonell.

## **Dagens Senjalegen**

Senjalegen ble etablert i 2009 for å bedre ivareta allmennlegetjenester, offentlig legearbeid og samfunnsmedisinsk arbeid i Torsken, Berg og Tranøy. Lenvik er vertskommune for Senjalegen og ordningen er regulert etter vertskommunemodellen. Tjenesten omfatter i dag fem fastleger (4,6 årsverk) og to turnusleger med en kapasitet på 3 150 listeinnbyggere i 2014. Listeinnbyggerne er i all hovedsak bosatt i en av de tre småkommunene eller i Lenvik.

Legene er hoveddelen av arbeidstiden på hovedkontoret på Silsand. De er i tillegg på ett av fire utekontor en eller to dager i uka. Pasienter kan konsultere lege enten på hovedkontoret på Silsand eller på utekontor.

Legene kompenseres med lønnstillegg for å dekke ulempen ved utekontor. Transportkostnadene deres dekkes og reisetiden til og fra utekontor er inkludert i arbeidstiden. Fastlegene ivaretar i tillegg offentlige legeoppgaver i utekommunen (helsestasjon, skolehelsetjeneste, sykehjemstjeneste og møter med NAV). Senjalegen kjøper samfunnsmedisinske tjenester fra Lenvik kommune.

I 2014 gikk 39 prosent av de samlede arbeidsdagene til fastlegene og turnuskandidatene med tilstedeværelse på utekontor. Siden en del av legenes tid går med til transport til og fra utekontor, var det bare 31 prosent av arbeidsdagene som ble brukt til aktivt legearbeid ved utekontorene. Nær en tredel av legenes tid på utekontorene, går med til å dekke offentlige oppgaver.

Ukentlig foregår rundt en av tre legekonsultasjoner i Senjalegen (85 av 263) med lege på utekontor. Det er rundt 60 ukentlige konsultasjoner på utekontor hvor pasienten ikke møter lege, men hjelpepersonell. Tre av fire utekontor betjenes av lokalt ansatt hjelpepersonell.

### **Økt legestabilitet etterhvert**

Til sammen har det i fem legestillinger vært ansatt 27 ulike leger i løpet av de første seks årene med drift av Senjalegen; 12 i fast stilling og 15 vikarer. Det er stor variasjon mellom utekontorene i legestabilitet. Sett fra arbeidsgivers ståsted, var de første 2,5 år preget av ustabilitet mens de siste 3,5 år var preget av fast ansatte leger i fire av fem stillinger. Sett fra pasientens ståsted, var legestabiliteten noe lavere. Til sammen ble pasientene møtt av en lege i fast stilling 70 prosent av tiden, hvis man ser alle utekontorene under ett. Det har vært høy stabilitet blant hjelpepersonellet på de fire utekontorene siden oppstarten.

### **Enklere for småkommunene å kjøpe legetjenesten - men modellen har sine sider**

Småkommunene oppfatter det som enklere å kjøpe legetjenester fra en vertskommune sammenliknet med å organisere den selv. De ser det positive i at legetjenesten nå administreres av andre. Ulempene med vertskommunesamarbeidet er knyttet til at vertskommunen «har bukta og begge endene». Det er flere sider ved dette. De små kommunene har gitt fra seg styringsretten. Dette innebærer lengre avstand fra politikerne lokalt i de små kommunene som skal bevilge penger, til de som er ansvarlige for driften av legetjenesten. De økte kostnadene ses også som en ulempe ved vertskommunemodellen. En annen ulempe ved vertskommunemodellen er at den oppfattes som mindre forutsigbar, og som mer byråkratisk og krevende for vertskommunen.

### **Mindre legetid med utekontor**

Av de dagene legene og turnuslegene samlet sett jobber i løpet av en uke, går 39 prosent med til å betjene de fire utekontorene. Siden en del av arbeidstiden går med til reising, er det bare 31 prosent av de samlede arbeidstidene som brukes til aktivt legearbeid ved utekontorene. Av legenes arbeidsdagene på utekontor, går 27 prosent med til å utføre offentlige oppgaver (3,5 av 13 dager). Dermed er det 9,5 arbeidsdager igjen per uke til pasientkonsultasjoner ved de fire utekontorene.

### **Lang ventetid ved utekontor**

Ventetiden for legetime er lengre på utekontorene enn den er på Silsandkontoret. Mange pasienter i små kommunene ønsker primært å konsultere lege på utekontoret. I følge hjelpepersonell som er intervjuet, medfører dette blant annet at ø-hjelpstimer ofte går til innbyggere som egentlig ikke har legen på utekontoret som sin fastlege.

Det er lansert ulike forklaringer på hva som påvirker ventetiden, i tillegg til listelengde. Når det gjelder listelengde, så er det ulike oppfatninger blant informantene av om listelengden til Senjalegene er kort nok. Det er en plan om at enkelte leger skal redusere sin liste, og at det skal skje ved naturlig avgang. En annen forklaring på ventetiden kan være alderssammensetningen med mange eldre i befolkningen og dermed økt sykkelighet. En tredje forklaring på ventetiden, er hvilken kompetanse og ressurser som finnes på utekontoret i tillegg til fastlegen. Dette gjelder på den ene siden fordelingen av turnusleger. På den andre siden gjelder dette hjelpepersonellens kompetanse og kontortid. Andre faktorer som kan tenkes å påvirke ventelistene, er bruken av vikarer og legenes arbeidstempo.

### **Skjevfordeling av legeressurser?**

Tranøy har kommet dårligst ut når det gjelder antallet legedager per innbygger. Hvis en imidlertid legger til grunn befolkningen som sokner til de enkelte utekontor, og at en stor del

av Tranøys innbyggere bor i den nordlige delen av kommunen hvor nærmeste legekantor er Silsand, er ikke tilbudet i Tranøy dårligere enn i de to andre småkommunene.

### **Godt lagt til rette for spesialisering**

Fastlegene oppfatter at det tilrettelegges godt for deres spesialisering i allmennmedisin. Hjelpepersonell mener imidlertid at de deltar mindre på kurs etter at de ble en del av Senjalegen, sammenlignet med da småkommunene hadde hver sin legetjeneste.

### **God kvalitet**

Kvaliteten på Senjalegen vurderes å være god både blant politikere, ansatte og brukere. Sammenlignet med en landsomfattende undersøkelse, var respondentene på Senja signifikant mer fornøyd med muligheten for å legge fram sin sak uforstyrret for legesekretæren på forkantoret/venterommet og å fremføre en klage til eller på fastlegen. På alle de øvrige elementene som ble vurdert, var vurderingen av legetjenesten på Senja på nivå med vurderingene på landsbasis.

### **Framtidsutsikter**

Det eksisterer mange ulike oppfatninger av hvordan legetjenesten på Senja bør se ut i fremtiden. Egen legetjeneste i hver småkommune ble av informantene i liten grad sett som et realistisk alternativ, men var likevel det mange sammenlignet med når de mindre positive sidene ved dagens Senjalege ble diskutert. Det er beregnet at behovet for legekonsultasjoner vil falle med henholdsvis 4,7 og 2,5 prosent i Tranøy og Torsken i løpet av den neste tiårsperioden, mens det vil øke med 2,5 prosent i Berg. Kommunesammenslåing for de tre småkommunene med Lenvik og eventuelt andre kommuner ble sett på som sannsynlig av mange, og man fryktet at dette vil føre med seg et redusert tilbud ved utekontorene, enten ved at flere eller alle pasientene må reise til Silsand for konsultasjon.

### **Samfunnet sparer med Senjalegen**

Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt å opprettholde utekantororganiseringen som i dag. Våre beregninger tyder på at samfunnet årlig sparer 8,3 mill. kroner i transport- og tidskostnader for pasienter og ledsagere – sammenlignet med å sentralisere alle konsultasjoner til legekantoret på Silsand. Samtidig fører dagens organisering med utekantor med seg kostnader knyttet til husleie, lønn, transport av personell og åpningstid. Til sammen beløper dette seg til 1,5 mill. kroner i året. I tillegg til kostnadene som er tallfestet, kommer ikke-tallfestede kostnader, som i hovedsak består av medisinsk-teknisk utstyr.

De store gevinstene ved dagens organisering av Senjalegen med utekantor, ligger hos arbeidsgivere i småkommunene som ville fått et årlig produksjonstap beregnet til 3,5 millioner kroner per år hvis utekontorene sentraliseres. Pasienter og ledsagere vil tape fritid til en årlig verdi beregnet til 2,4 millioner kroner. Videre spares offentlige budsjetter (HELFO) for et betydelig beløp per år i transportkostnader. De største kostnadene ved dagens organisering av Senjalegen bæres naturlig nok av småkommunene.

En sensitivitetsanalyse viser at den årlige gevinsten ved å legge ned utekantor og sentralisere legetjenesten vil kunne øke til 1,95 millioner kroner. Hvis vi antar bare lave estimat på transport- og tidskostnader, vil disse kunne reduseres til 6,58 millioner kroner. Det vil si at selv med de mest konservative forutsetningene, er dagens Senjalege fortsatt samfunnsøkonomisk lønnsom.

### **Et godt resultat?**

Resultatene er gode både med hensyn til stillingsstabilitet, kompetanse og kvalitet. Denne typen organisering av legetjenesten er dyr for småkommunene, men lønnsom for samfunnet.

Det er vanskelig å peke på noe godt alternativ til dagens Senjalege som ville utnyttet ressursene bedre.